



Antihistaminiques contre la rhinosinusite allergique : Atchoo-oisir le bon traitement

QUESTION CLINIQUE

Les antihistaminiques oraux soulagent-ils les symptômes chez les adultes atteints de rhinosinusite allergique ?

CONCLUSION

Par rapport au placebo, les antihistaminiques oraux atténuent de ~10-30 % les symptômes de rhinosinusite sur 2-12 semaines. Tous les antihistaminiques semblent être d'efficacité comparable. Plus de patients sous corticostéroïdes intranasaux (~78 %) obtiennent une amélioration modérée ou supérieure par rapport aux patients sous antihistaminiques (~58 %). Il ne semble pas y avoir de différence pertinente entre les antihistaminiques et les antagonistes des récepteurs des leucotriènes ou l'ajout d'un antihistaminique aux corticostéroïdes intranasaux.

DONNÉES PROBANTES

- Résultats statistiquement significatifs, à moins d'indication contraire.
- Antihistaminiques contre placebo :
 - Revue systématique (7 études avec répartition aléatoire et contrôlées [ÉRAC], 639 patients) portant sur les antihistaminiques contre placebo pendant 2-12 semaines¹.

- Score d'obstruction nasale évalué par les patients (échelle de 0-3; les scores plus élevés indiquent un cas plus grave), score initial = 1,65 : le placebo a soulagé les symptômes de 16 % et les antihistaminiques de 48 %.
- Revue systématique (5 ÉRAC, 3329 patients) sur la bilastine (antihistaminique récent) c. placebo sur 1-12 semaines².
 - Amplitude de l'effet sur le score total des symptômes = 0,28, semblable pour soulager les symptômes de 10-16 % par rapport au placebo³.
- D'autres revues systématiques ont donné des résultats comparables⁴⁻⁶.
- Antihistaminiques c. antihistaminiques :
 - Les revues systématiques n'ont fait ressortir aucune différence statistique ou clinique du score total des symptômes ou des symptômes nasaux entre antihistaminiques^{2,7}.
- Antihistaminiques et autres agents :
 - Deux revues systématiques (5-16 ERAC, 990-2267 patients) ont comparé les corticostéroïdes intranasaux aux antihistaminiques sur 2-8 semaines^{8,9}. Le score total des symptômes nasaux s'est davantage amélioré sous les corticostéroïdes intranasaux (51 %) que sous les antihistaminiques (31 %).
 - La proportion ayant obtenu au moins la maîtrise modérée¹⁰ était supérieure sous les stéroïdes intranasaux (78 %) que sous les antihistaminiques (58 %), nombre de sujets à traiter = 5.
 - Revue systématique (13 ÉRAC, 5066 patients) sur les antihistaminiques ajoutés aux corticostéroïdes intranasaux c. corticostéroïdes intranasaux seuls sur 2-6 semaines¹¹.
 - Les antihistaminiques n'ont pas apporté un bienfait clinique pertinent.
 - D'autres revues systématiques ont donné des résultats comparables¹²⁻¹³.
 - Deux revues systématiques (9-14 études à conception mixte, 4458-5781 patients) sur les antihistaminiques c. antagonistes des récepteurs des leucotriènes sur 1-12 semaines : Pas de différence cliniquement pertinente^{14,15}.
- Limites : Il y en a trop pour toutes les nommer, mais elles comprennent analyse par protocole, techniques incorrectes de méta-analyses, études négatives non publiées et échelles définies différemment^{1,7,11,12,15}.

CONTEXTE

- La plupart des antihistaminiques et de nombreux corticostéroïdes intranasaux sont en vente libre.
- Les données sur les effets indésirables sont peu fréquemment rapportées, contradictoires et les statistiques groupées non généralement impossibles à interpréter sur le plan clinique¹⁶. Par rapport au placebo :
 - La diphenhydramine est légèrement à modérément plus sédatrice (ampleur de l'effet = 0,36).
 - Les antihistaminiques de deuxième génération sont légèrement plus sédatifs (ampleur de l'effet = 0,14)¹⁶.
 - Certains antihistaminiques seraient moins sédatifs : la féxofénadine c. autres de deuxième génération (statistique impossible à interpréter)¹⁷ ou la bilastine (3 %) c. la cétirizine (7 %)².

RÉFÉRENCES

1. Hore I, Georgalas C, Scadding G. Clin Exp Allergy. 2005 Feb; 35(2):207-12. doi: 10.1111/j.1365-2222.2005.02159.x. Errata dans : Clin Exp Allergy. 2005 Apr; 35(4):547.
2. Singh Randhawa A, Mohd Noor N, Md Daud MK et coll. Front Pharmacol. 2022 Jan 10; 12:731201.
3. Bachert C, Kuna P, Sanquer F et coll. Allergy. 2009 Jan; 64(1):158-65.

AUTEURS

Betsy Thomas, B.Sc. Pharm.,
Anthony Train, MBChB M.Sc.
CCMF, **G Michael Allan**, M.D.
CCMF

4. Canonica GW, Tarantini F, Compalati E et coll. Allergy. 2007 Apr; 62(4):359-66.
5. Compalati E, Baena-Cagnani R, Penagos M et coll. Arch Allergy Immunol. 2011; 156(1):1-15.
6. Mösges R, König V, Köberlein J. Allergol Int. 2011 Dec; 60(4):541-6.
7. Xiao J, Wu WX, Ye YY et coll. Am J Ther. 2016 Nov/Dec; 23(6):e1568-e1578.
8. Juel-Berg N, Darling P, Bolvig J et coll. Am J Rhinol Allergy. 2017 Jan 9; 31(1):19-28.
9. Weiner JM, Abramson MJ, Puy RM. BMJ. 1998 Dec 12; 317(7173):1624-9.
10. Schoenwetter W, Lim J. Clin Ther. 1995 May-Jun; 17(3):479-92
11. Du K, Qing H, Zheng M et coll. Ann Allergy Asthma Immunol. 2020 Nov; 125(5):589-596.e3
12. Feng S, Fan Y, Liang Z et coll. Eur Arch Otorhinolaryngol. 2016 Nov; 273(11):3477-3486.
13. Seresirikachorn K, Chitsuthipakorn W, Kanjanawasee D et coll. Int Forum Allergy Rhinol. 2018 Oct; 8(10):1083-1092.
14. Xu Y, Zhang J, Wang J. PLoS One. 2014 Nov 10; 9(11):e112815.
15. Feng Y, Meng YP, Dong YY et coll. Allergy Asthma Clin Immunol. 2021 Jun 29; 17(1):62.
16. Bender BG, Berning S, Dudden R et coll. J Allergy Clin Immunol. 2003 Apr; 111(4):770-6.
17. Huang CZ, Jiang ZH, Wang J et coll. BMC Pharmacol Toxicol. 2019 Nov 29; 20(1):72.

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts.

OUTIL DE LA PRATIQUE RENDE POSSIBLE PAR



EN PARTENARIAT AVEC



Les articles **Outils de la pratique** sont des articles révisés par les pairs qui résument les données médicales pouvant transformer la pratique de première ligne. Ils sont coordonnés par les Drs G. Michael Allan et Adrienne Lindblad et rédigés par le groupe PEER (*Patients, Experience, Evidence, Research*), avec l'appui du Collège des médecins de famille du Canada, et des Collèges des médecins de famille de l'Alberta, de l'Ontario et de la Saskatchewan. Les commentaires sont les bienvenus à l'adresse toolsforpractice@cfpc.ca. Les articles sont archivés à www.toolsforpractice.ca.

Cette communication exprime l'opinion des auteurs et ne reflète pas nécessairement le point de vue ni la politique du Collège des médecins de famille du Canada.